



**Meldung der fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung mit zeitlich begrenzter Tätigkeit im Kanton Zug innerhalb eines Jahres (90 Tage-Dienstleistung) als Apothekerin/Apotheker**

**1. Personalien**

Vorname .....	Familienname ..... Früherer/lediger Name .....
Geburtsdatum .....	Staatsangehörigkeit .....
<b>Privatadresse:</b> Strasse .....	PLZ/Ort .....
Telefon .....	E-Mail .....

**Dienstleistungserbringerinnen und -erbringer mit Wohnsitz ausserhalb der Schweiz**

Für alle EU/EFTA-Bürgerinnen und -Bürger, die während maximal 90 Arbeitstagen pro Kalenderjahr in der Schweiz eine Dienstleistung erbringen möchten, ist eine Meldung über das Online-System des SBFI erforderlich. Online-Meldeverfahren des SBFI: <https://www.sbf.admin.ch/sbf/de/home/bildung/diploma/meldeverfahren-fuer-dienstleistungserbringende-aus-der-eu-efta.html>

**2. Angaben zur geplanten Berufstätigkeit**

Beginn (Datumsangabe) .....	Ende (Datumsangabe) .....
--------------------------------	------------------------------

**Adresse, an welcher die Tätigkeit aufgenommen wird**

Name der Apotheke .....	Name und Vorname Bewilligungsinhaber .....
Strasse .....	PLZ/Ort .....
Telefon .....	E-Mail .....
Homepage .....	

### 3. Angaben zur bisherigen beruflichen Tätigkeit

Sind aufgrund Ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit aufsichtsrechtliche oder strafrechtliche Verfahren hängig bzw. wurde Ihnen die Berufsausübungsbewilligung in einem anderen Kanton bzw. in einem anderen Staat jemals verweigert oder entzogen bzw. wurde Ihnen in einem anderen Kanton bzw. in einem anderen Staat ein Berufsverbot auferlegt (auch, falls nur vorübergehend)?

ja (bitte ausführliche Dokumentation einreichen)       nein

**Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben:**

Ort und Datum

Unterschrift

.....

.....

Das Meldeformular ist mit allen aufgeführten Beilagen an das Amt für Gesundheit, Pharmazeutische Abteilung, Aegeristrasse 56, 6300 Zug, einzureichen.

1. Kopie Berufsausübungsbewilligung
2. Aktuelle berufliche Unbedenklichkeitserklärung (certificate of good standing) der Gesundheitsbehörde der anderen Kantone (im Original, nicht älter als 3 Monate)
3. Kopie der Berufshaftpflichtversicherung (vollständige Police)
4. Lesbare Fotokopie mit erkennbarem Foto eines amtlichen Ausweises (Pass, ID, Führerschein)

**Kontaktperson Amt für Gesundheit**

Pharmazeutische Abteilung

Tel. 041 728 39 39

E-Mail: [info.phaa@zg.ch](mailto:info.phaa@zg.ch)